Executive Summary

Sex Offender Characteristics, Response to Treatment, And Correctional Release Decisions At the Warkworth Sexual Behaviour Clinic

Howard E. Barbaree, Ph.D.[1]

Michael C. Seto, M.A.[1]

Alexandra Maric, H.B.A.[2]

Forensic Division

Clarke Institute of Psychiatry

[1] Contractors
[2] Research Assistant

To obtain copies of the full report, contact:

Michael Seto, Forensic Division, Clarke Institute of Psychiatry, 250 College St., Toronto, Ontario, M5T 1R8 Phone: (416) 979-4747 x 2680 Fax: (416) 979-6965 email: setom@cs.clarke-inst.on.ca

Sex Offender Characteristics, Response to Treatment, And Correctional Release Decisions At the Warkworth Sexual Behaviour Clinic

The Warkworth Sexual Behaviour Clinic (WSBC) was inaugurated in June, 1989, as a sex-offender treatment programme at Warkworth Institution, a medium-security federal penitentiary located approximately 1½ hours' drive northeast of Toronto. Warkworth Institution is one of Canada's largest penitentiaries, housing over 600 inmates serving sentences of two or more years in length. Approximately half of these offenders were convicted of a sexual offense or a violent offense in which sexual motivation or behaviour were considered to be important. Since its inauguration, the WSBC has provided treatment for approximately 75 sex offenders per year. The current report presents an analysis of data compiled from the first 250 cases processed through the clinic. Of these 250 cases, 123 were rapists, 15 were sex-killers (men convicted of sex-related homicides), 56 were incest offenders, and 56 were extrafamilial child molesters. At the time of the data analysis, conducted during the summer and fall of 1995, 132 of these 250 offenders had been conditionally released to the community: 23 on day parole, 15 on full parole, and 94 by their statutory release date.

The treatment programme in the WSBC was intended to reduce the likelihood of recidivism by these offenders, especially violent or sexual reoffenses. The WSBC was carefully implemented as a state-of-the-art programme, informed by expert opinion and empirical data in the scientific and professional literature on sex offender treatment and treatment delivery. Accordingly, it was designed as a cognitive-behavioural programme that relied heavily on the principles of Relapse Prevention theory. The programme utilized a group therapy format as an economical means of service delivery, in order to make the most of limited resources. During the period of time covered by this report, the cost of treatment and assessment for each participant was between $6,000 and $7,000. It was designed to fit into the institutional work and job site organization, and consequently, offenders in treatment were assigned to the WSBC as a job site,

and participants reported to "work" on a five day per week basis for the duration of the five month treatment programme.

A novel feature of the WSBC programme was the use of a "multifactorial assessment of sex offender risk for reoffense" (**MASORR**). At the time the WSBC was implemented, a comprehensive review of the scientific literature on the prediction of reoffense among sex offenders was conducted and formed the basis of the MASORR. This review indicated that four factors were predictive of sexual reoffense: (1) a history of sexual offending; (2) deviant sexual arousal; (3) a history of antisocial behaviour and other indicators of an antisocial personality (as measured by the Psychopathy Checklist- Revised); and (4) social competence (estimated from apparent intelligence level and socioeconomic status).

The MASORR is therefore based on static predictors of reoffense. It was initially implemented as a pre-treatment assessment of risk. Later, however, it was modified to incorporate two dynamic factors reflecting the man's performance while in treatment. These dynamic factors were motivation for treatment and degree of behaviour change achieved. An overall clinical impression based on the man's involvement with the WSBC was also incorporated into the post-treatment risk evaluation. These various factors were combined to form overall ratings of risk for reoffense, first at pre-treatment (static factors only) and again at post-treatment (initial risk score and consideration of the dynamic factors).

The MASORR represents what we believe to be two improvements over many previous studies of prediction of reoffense among sex offenders. First, while many previous studies have been retrospective, scoring these predictors after outcomes have already been recorded (i.e., reoffense or no reoffense), the present study is prospective in nature because predictors were scored prior to treatment and before the offender had been released into the community. Second, the MASORR was systemic in the sense that the result of the MASORR was in each case reported to decision-makers, so that outcome decisions (i.e., release or no release) were presumably influenced by the results of the MASORR. This allows us to analyse the impact of risk assessment on decision-making in the release process. At the same time, all offenders with

determinate sentences are eventually released, allowing us to analyse the prediction of recidivism after the potential selection bias for conditional release has "washed out".

The following issues were addressed in this research report:

1. The relationship between pre-treatment offender characteristics (historical information, psychological and phallometric test results, subgroup membership) and response to treatment, including attrition, pre-treatment evaluation of risk, and post-treatment evaluation of risk.

2. The relationship between pre-treatment offender characteristics, offenders' response to treatment, risk assessment factors, and Correctional Services of Canada (CSC) case management recommendations and National Parole Board (NPB) decisions.

3. The characteristics that distinguish sexual offenders at Warkworth Institution who enter treatment from those who do not.

4. Case management and parole board decisions for sexual offenders at Warkworth Institution who enter treatment compared with those who do not.

5. The characteristics that distinguish sexual offenders who completed the WSBC treatment programme from those who drop out.

6. The characteristics that distinguish offenders in the WSBC programme who are conditionally released from those who are not.

7. The characteristics of offenders in the WSBC who are successful, i.e., do not relapse or reoffend, during the period of their conditional release compared with those who fail.

8. The characteristics of offenders in the WSBC who reoffend following their release into the community compared with those who do not.

Comparisons between the offender types (**rapists**, **sex-killers**, **incest offenders**, and **extrafamilial child molesters**) showed that they did not differ in terms of the level of education they achieved or their socioeconomic status, as estimated from the most typical occupation in their work history (Blishen, Carroll, & Moore, 1987). The rapists and sex-killers were significantly younger than the two groups of child molesters, and the two groups of child molesters were more likely to have been married than the rapists. In terms of criminal history, the rapists had more prior criminal offenses, both nonviolent and violent in nature, while the

incest offenders had the lowest number of prior criminal offenses. A notable finding was that the rapists were much more likely than the other types to have previously committed a violent offence.

Overall, the administration of the psychological tests did not yield very useful data. Most of the tests, even those which were presumed to have offender type-specific content, e.g., the Rape Myth Acceptance Scale for rapists, did not differentiate between the offender types, and few test scores changed over the course of treatment. In addition, psychological test scores were not good predictors of the major outcome variables. Of all the tests, the Multiphasic Sexual Inventory (MSI: Nichols & Molinder, 1984) was the most useful in its assessment of denial and minimization; subscale scores from the MSI did change following treatment targeting denial and minimization.

The results of phallometric testing indicated significant and large differences between groups: the two groups of child molesters showed higher deviant indices than either the rapists or sex killers. The group means for these indices revealed that both incest offenders and extrafamilial child molesters showed a sexual preference for children over adults; however, there was a great deal of heterogeneity within the groups (see Barbaree, Bogaert, & Seto, 1995; Barbaree & Seto, in press). The results from the phallometric testing were not predictive of any of the major outcome variables in this analysis.

We used a series of crude factor analyses to reduce the large number of quantitative variables in the database (300+) to a more reasonable and manageable number. These analyses reduced the number of historical variables pertaining to the domains of education, occupation, relationships, family history, juvenile antisocial behaviour, and adult antisocial behaviour a set of 10 **historical factors**: *Childhood Behaviour Problems, Erratic Employment, Previous Treatment, Quality of Early Life, Separation from Family of Origin, Sexual Promiscuity, Alcohol Problems, Severity of Index Offense, Antisocial History,* and *Criminal History.* Behaviour during treatment was rated on a number of dimensions and similarly submitted to factor analysis, resulting in three **treatment process factors**: *Treatment Behaviour, Treatment Change,* and

Clinical Impression. The psychological tests included in the pre-treatment assessment were also subjected to factor analysis, producing three **test factors**: *Overt Hostility*, *Covert Hostility*, and *Social Functioning*. Most of these factors had three or four items loading onto them. For example, *Childhood Behaviour Problems* represented the common variance for the following set of items: Cheating in school (yes/no), stealing in school (yes/no), total number of behaviour problems on a checklist of the criteria for a psychiatric diagnosis of conduct disorder, and drinking or drug use in school (yes/no).

One hundred and ninety three (77.2%) of the 250 subjects completed the treatment programme. Treatment completion was unrelated to offender type or whether the offender had previously committed a sexual offense. None of the historical factors emerged as a significant predictor of treatment completion. Psychological test scores also did not predict treatment completion, except for the Treatment Attitudes subscale of the Multiphasic Sex Inventory. Men who reported more positive attitudes about treatment and expected to get more out of treatment were more likely to complete the treatment programme.

An analysis of overall pre-treatment risk ratings showed that offender types differed in their initial risk scores; incest offenders were assessed as significantly lower in initial risk than the other types of offenders. After combining the types, two factors were significant predictors, explaining 23.5% of the variance in pre-treatment level of risk: *Antisocial History* and *Criminal History*. Addition of the deviant sexual arousal scores did not contribute to the predictive equation. Higher risk subjects had more extensive antisocial and criminal histories. The Justification subscale of the Multiphasic Sex Inventory was also a significant predictor, but the new set of three predictors explained slightly less variance (17.0%) in the subset of subjects who completed the Multiphasic Sex Inventory. The psychological test factors did not predict initial level of risk.

In contrast to the comparison for the initial risk assessments, there was no significant difference between offender types on their overall post-treatment risk scores. The average risk scores of incest offenders did not change, while the average risk scores of the other types

decreased slightly. A multiple regression analysis was then conducted to identify predictors of post-treatment risk score. The initial risk score was entered first in order to determine if the historical and treatment factors contributed something more to the prediction of post-treatment risk. The regression equation was highly significant, explaining 68.1% of the variance in post-treatment risk score. Significant predictors were initial risk score, *Treatment Behaviour*, *Treatment Change*, and *Clinical Impression*. Higher post-treatment risk was associated with higher initial level of risk, poorer behaviour in treatment, less positive gains over the course of treatment, and poorer overall clinical impression. In other words, post-treatment risk could be explained in terms of a large static component (reflected in the initial risk score) and dynamic factors associated with treatment (the treatment process factors). A second regression equation showed that the Rape subscale of the Multiphasic Sex Inventory was a small but significant predictor. A third regression analysis found that the psychological test factors did not predict post-treatment level of risk. Not surprisingly, change in risk score (i.e., pre-treatment risk level minus post-treatment risk level) was significantly predicted by *Treatment Change* and *Clinical Impression*.

As part of the process of reporting to the institutional case manager and the National Parole Board, the WSBC made specific recommendations for each offender's post-treatment disposition. These recommendations, referred to as the Level of Management Index, were based on the individual's post-treatment risk score and on the various case management options available for that individual (e.g., whether a graduated release to a community residential centre would be supported by case management). There was no difference between offender types in the level of management that was recommended. There were three significant predictors in the regression equation, explaining 51.4% of the variance in recommended level of management: Post-treatment risk, *Previous Treatment*, and *Clinical Impression*. In other words, a more restrictive recommendation for management was associated with higher post-treatment risk, previously being involved in treatment, and poorer overall clinical impression.

Data for 215 of the 250 offenders were obtained during a review of National Parole Board files. Of these 215 offenders, 198 (92.1%) were eligible for conditional release: 1 man died while incarcerated, 12 men were serving a life sentence and were not yet eligible for parole, and 4 men had been designated as dangerous offenders. Of the 198 eligible offenders, 132 (66.7%) were conditionally released; 3 men had passed their parole eligibility dates but had not reached their statutory release date, and the remaining 63 men were detained following their statutory release date. There was no difference between offender types in the proportion who were detained. Only one of the sex-killers had been released by his statutory release date. Being detained was significantly related to whether the offender was a first-time sexual offender and whether the offender had completed the WSBC treatment programme.

A stepwise discrimination function analysis was conducted to identify predictors of detention (i.e., not being released on day parole, full parole, or statutory release). There were 148 valid cases, with 48 (32.4%) of these individuals being detained. Post-treatment level of risk and the recommended level of management were entered in the first block. The treatment process factors were then entered in a stepwise fashion in a second block. There were two significant predictors of being detained: post-treatment level of risk and recommended level of management. In other words, offenders assessed at higher risk for reoffending in the WSBC post-treatment and given recommendations for more restrictive levels of management report were more likely to be detained. The MSI subscales and psychological test factors were not significantly related to detention.

Out of the 132 subjects who were conditionally released, a total of 42 (31.8%) men failed their conditional release for one of the following reasons: a relapse in which no official action was taken, suspension for the breach of a condition related to their relapse plan, or revocation of their conditional release. Rapists were more likely than child molesters to fail their conditional release, 40.7% vs. 25.0%, although this trend was not quite statistically significant. These failure rates are very similar to those found for a sample of 145 sex offenders, recently released on parole and with an average follow-up time of one year, who were identified through the

National Sex Offender Census: 42.3% of rapists and 22.5% of child molesters (see Motiuk & Brown, 1993). It should be pointed out that the WSBC sample's official failure rate was slightly lower than the percentages given here because we also recorded relapses for which no official action was taken.

The average time at risk for failure during a conditional release was approximately 43 months, ranging from a week to 5.2 years. Survival analysis showed that 29.1% of the rapists and 14.4% of the child molesters had failed after one year of follow-up. After two years, 47.7% of the rapists and 28.2% of the child molesters had failed, and after three years, these proportions were 62.9% and 43.0% respectively. These results indicate that the rapists failed at approximately twice the rate of child molesters, but this difference in failure rate decreased in the third year of follow-up. These results should be considered tentative because only a small number of offenders in the present sample were at risk of failing their conditional release for three years, and because more than half of the cases were censored at the time of this analysis, i.e., they had not passed their warrant expiry date and were therefore still at risk. We conducted a stepwise discriminant analysis to identify predictors of conditional release failure. The resulting predictors were *Antisocial History* and *Treatment Behaviour*. In other words, highly antisocial subjects who behaved poorly in treatment were more likely to fail their conditional release.

At the time of the current data analysis, a total of 218 individuals have been released from prison. As noted, 132 of these offenders were conditionally released and the remainder left prison following the expiration of their warrants. One man died after being released and 15 other men were deported from Canada, so the follow-up group was comprised of 202 individuals. At the present time, we have identified 13 individuals who committed a new sexual offense, and an additional four subjects who committed a new violent offense but who did not commit a new sexual offense. A total of 36 individuals committed a new offense of any kind. Therefore, a total of 17 WSBC treatment participants have committed a new serious offense after being released from prison (i.e., violent or sexual reoffense), giving the WSBC a serious recidivism rate of 8.4% and a sexual recidivism rate of 6.4% after an average follow-up period of approximately

2.5 years. These rates compare favourably with the reoffense rates reported by other large treatment programmes (see reviews by Marshall, Jones, Ward, Johnston, & Barbaree, 1991; Hall, 1995). However, they were too low to conduct discriminant function or logistic regression analyses. The base rates will presumably be higher and amenable to analysis as the length of the follow-up period increases.

Parole board data were available for a comparison group of 74 offenders who had been offered treatment at the WSBC but who had refused it. Sixty five of these offenders had been released from prison, 26 at warrant expiry and the other 39 on parole. There was a statistical trend towards treatment refusers being less likely than treatment participants to be conditionally released. Slightly more than half of these offenders were rapists (52.2%), a proportion that did not differ from the WSBC sample of 250 offenders.

In terms of their histories, treatment refusers did not differ in the likelihood of experiencing emotional, physical, or sexual abuse. Treatment refusers also did not differ in the proportion who had a parent with an alcoholic, psychiatric, or criminal history. However, treatment refusers did differ from treatment acceptors by having a higher global rating of the quality of their home environment while growing up. Treatment refusers were almost twice as likely to have had problems with alcohol as a teenager, as well as with other drugs as a teenager. These differences continued to a lesser degree into adulthood for alcohol, but not for other drugs.

There was a large difference between subjects who entered treatment and those who refused in terms of the proportion who had previously participated in mental health treatment of any kind. Treatment refusers were much less likely to have previously been involved in treatment. However, the two groups did not differ in the proportion of subjects who had previously received sex offender treatment. Treatment refusers were more likely (21.2% vs. 7.2%) to have been diagnosed with antisocial personality disorder. Treatment refusers did not differ from those who accepted treatment in the number of prior violent or sexual offenses in their criminal records. They were significantly older (20.7 vs. 16.1 years) when they committed their first crime, but did not differ in their age when they committed their first sexual offense.

Treatment refusers did not differ in the likelihood of using or threatening to use a weapon while committing their index offense, but they did use more force and they tended to be more instrumental in their use of force.

Fifteen of the 39 treatment refusers (38.5%) who were conditionally released failed for one of the following reasons: relapse in which no official action was taken, suspension for the breach of a condition related to their relapse plan, or revocation of parole. This proportion did not differ from the proportion of conditional release failures in the treatment sample. However, the average follow-up time for treatment refusers was approximately 30 months, ranging from 4 months to 3.3 years, a shorter period of time than the follow-up period for the treatment sample. Treatment refusers might have a higher failure rate than treatment acceptors after an equivalent follow-up period. Survival curves were plotted to compare the failure rates of the WSBC sample and the treatment refusers. The survival curves were interesting, showing that the treatment refusers consistently failed at a greater rate than the WSBC follow-up sample. For example, after one year of follow-up, 77.8% of the WSBC sample survived, compared to 61.1% of the refusers; after two years, the surviving proportions were 60.0% and 40.1%, respectively.

Two findings deserve emphasis here. First, there were sensible relationships between decisions that were made at different stages of the offender's involvement with the WSBC and case management, indicating that information about the offender was being used in a systemic way. Initial risk scores were based on historical (i.e., static) factors that reflected information obtained through file reviews and a clinical interview. Post-treatment risk scores were conservative in that they were heavily influenced by these initial risk scores; nonetheless, treatment process factors did have an influence, demonstrating that the offender's performance in treatment was taken into account in making this decision. Similarly, recommendations about level of management were informed by post-treatment risk score and overall clinical impression, and parole board decisions were related to these recommendations.

Second, the relatively prominent role of treatment process factors in predicting various outcomes suggests the potential importance of examining treatment responsivity (see Stewart &

Millson, 1995). Based on an analysis of 2400 offender assessments conducted in the Ontario Region, Stewart and Millson found that offenders judged to be at high risk for reoffending were also rated as less motivated than lower risk offenders; not surprisingly, lower risk offenders who did well in treatment were the least likely to fail during their conditional release.

The present report describes the preliminary results of a research programme at the WSBC designed to evaluate a risk assessment methodology, and to evaluate the programme of treatment offered at the WSBC. The preliminary data analysis indicates that the risk assessment completed at the WSBC is predictive of decisions taken by the Parole Board, and is subsequently predictive of failure on conditional release. Though not conclusive, this preliminary evaluation of the treatment programme suggests that the programme could be effective in reducing the rate of failure on conditional release, and in reducing the rate of recidivism among these treated sex offenders.

References

Barbaree, H. E., Bogaert, A. F., & Seto, M. C. (1995). Sexual reorientation therapy: Practices and controversies. In L. Diamant & R. D. McAnulty (Eds.), *The psychology of sexual orientation, behavior, and identity: A handbook* (pp. 357-383). Westport, CT: Greenwood.

Barbaree, H. E., & Seto, M. C. (in press). Pedophilia: Assessment and treatment. In Laws, D. R., & O'Donohue, W. T. (Eds.), *Handbook of sexual deviance: Theory and application.* New York: Guilford.

Blishen, B. R., Carroll, W. K., & Moore, C. (1987). The 1981 socioeconomic index for occupations in Canada. *Canadian Review of Sociology and Anthropology, 24*, 465-488.

Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 802-809.

Hare, R. D. (1991). *Manual for the revised Psychopathy Checklist.* Toronto: Multi-Health Systems.

Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barbaree, H. E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review, 11*, 465-485.

Motiuk, L. L., & Brown, S. L. (1993). *Survival time until suspension for sex offenders on conditional release* (Report No. 31). Ottawa: Correctional Service of Canada.

Nichols, H. R., & Molinder, I. (1984). *Multiphasic Sex Inventory.* (Available from authors at 437 Bowles Drive, Tacoma, WA, 98466).

Stewart, L., & Millson, W. A. (1995). Offender motivation for treatment as a responsivity factor. *Forum on Corrections Research, 7*, 5-7.

Résumé

Caractéristiques des délinquants sexuels, réaction au traitement et décisions de mise en liberté à la Clinique du comportement sexuel de Warkworth

Howard E. Barbaree, Ph.D.[1]

Michael C. Seto, M.A.[1]

Alexandra Maric, H.B.A.[2]

Division de la psychiatrie légale

Institut psychiatrique Clarke

[1] Entrepreneurs
[2] Adjointe de recherche

Pour obtenir des exemplaires du rapport intégral, veuillez communiquer avec :
Michael Seto, Division de la psychiatrie légale, Institut psychiatrique Clarke, 250, rue College, Toronto (Ontario), M5T 1R8. Téléphone : (416) 979-4747, poste 2680; télécopieur : (416) 979-6965; c. élec. : setom@cs.clarke-inst.on.ca

Caractéristiques des délinquants sexuels, réaction au traitement et décisions de mise en liberté à la Clinique du comportement sexuel de Warkworth

La Clinique du comportement sexuel de Warkworth (CCSW) a été inaugurée en 1989 pour offrir un programme de traitement des délinquants sexuels à l'établissement de Warkworth. Ce pénitencier fédéral à sécurité moyenne, situé à environ une heure et demie de route au nord-est de Toronto, est un des plus grands pénitenciers du Canada; il compte plus de 600 détenus qui purgent des peines d'au moins deux ans. Environ la moitié de ces délinquants ont été reconnus coupables d'une infraction sexuelle ou d'une infraction de violence pour laquelle le motif ou le comportement sexuel était considéré comme important. Depuis son inauguration, la CCSW a permis de traiter environ 75 délinquants sexuels par année. Le présent rapport renferme une analyse des données recueillies sur les 250 premiers délinquants traités à la Clinique. Ce groupe comprenait 123 violeurs, 15 meurtriers sexuels (hommes reconnus coupables d'homicides liés à des infractions d'ordre sexuel), 56 auteurs d'inceste et 56 agresseurs d'enfants ayant commis des agressions sexuelles extrafamiliales. Au moment de l'analyse des données, effectuée durant l'été et l'automne de 1995, 132 de ces 250 délinquants étaient en liberté sous condition : 23 étaient en semi-liberté, 15 avaient obtenu une libération conditionnelle totale et 94 avaient été mis en liberté à la date prévue de leur libération d'office.

Le programme de traitement offert à la CCSW vise à réduire la probabilité de récidive de la part de ces délinquants, et surtout la probabilité de nouvelles infractions sexuelles ou avec violence. Il s'agit d'un programme de pointe soigneusement conçu, en tenant compte de l'opinion d'experts, et qui repose sur les données empiriques présentées dans les études scientifiques et professionnelles sur le traitement des délinquants sexuels et la prestation des traitements. C'est donc un programme cognitivo-comportemental, basé largement sur les principes de la théorie de la prévention des rechutes. Pour tirer le meilleur parti des ressources restreintes disponibles, les responsables du programme ont eu recours à la thérapie de groupe comme moyen économique de prestation des services. Pendant la période visée par le présent

rapport, le coût du traitement et de l'évaluation de chaque participant se situait entre 6 000 $ et 7 000 $. Le programme devait s'inscrire dans la structure des emplois de l'établissement; les délinquants participant au traitement étaient donc affectés à la CCSW comme lieu de travail et devaient se présenter « à leur poste » cinq jours par semaine pendant les cinq mois que durait le programme.

Un des traits distinctifs du programme consistait en l'utilisation d'une « évaluation multifactorielle du risque de récidive des délinquants sexuels » (**EMRRDS**). Au moment où la CCSW a été mise en place, une analyse exhaustive des études scientifiques sur la prévision de la récidive chez les délinquants sexuels a été réalisée et a constitué la base de l'EMRRDS. Cette analyse a révélé qu'il existait quatre facteurs prédictifs de la récidive sexuelle : 1) des antécédents d'infractions sexuelles; 2) une stimulation sexuelle déviante; 3) des antécédents de comportement antisocial et d'autres indices d'une personnalité antisociale (mesurée d'après la Liste de contrôle de la psychopathie révisée); 4) la compétence sociale (estimée à partir du niveau d'intelligence apparent et du statut socio-économique).

L'EMRRDS est donc basée sur les prédicteurs statiques de la récidive. Elle a initialement été employée comme méthode d'évaluation du risque préalable au traitement. Toutefois, elle a par la suite été modifiée pour faire entrer en ligne de compte deux facteurs dynamiques traduisant le comportement du délinquant pendant le traitement. Ces facteurs dynamiques étaient la motivation à l'égard du traitement et le degré de changement dans le comportement. Était également incluse dans l'évaluation du risque postérieure au traitement, une impression clinique globale basée sur la participation du délinquant à la CCSW. Ces divers facteurs ont été combinés pour aboutir à des cotes globales du risque de récidive, préalablement au traitement (facteurs statiques seulement) et postérieurement au traitement (score correspondant au risque initial et prise en considération des facteurs dynamiques).

L'EMRRDS représente selon nous deux améliorations par rapport aux nombreuses méthodes antérieures de prévision de la récidive chez les délinquants sexuels. Premièrement, alors que de nombreuses méthodes antérieures avaient un caractère rétrospectif, les prédicteurs étant cotés après les résultats (c.-à-d., récidive ou absence de récidive), l'EMRRDS est de nature prospective puisque les prédicteurs sont cotés avant le traitement et la mise en liberté du délinquant. Deuxièmement, l'EMRRDS est de nature systémique dans la mesure où le résultat obtenu selon cet instrument est dans chaque cas signalé aux décideurs, de sorte qu'il influence vraisemblablement les décisions concernant la mise en liberté (c.-à-d., autorisation ou refus). Il nous est donc possible d'analyser l'incidence de l'évaluation du risque sur la prise de décision en matière de mise en liberté. De plus, comme tous les délinquants qui purgent une peine d'une durée déterminée sont en définitive mis en liberté, nous pouvons analyser la prévision de la récidive après « élimination » du biais de sélection potentiel lié à la mise en liberté sous condition.

Les questions suivantes ont été explorées dans ce rapport de recherche :

1. La relation entre les caractéristiques des délinquants avant le traitement (données historiques, résultats des tests psychologiques et phallométriques, appartenance à un sous-groupe) et la réaction au traitement, y compris l'abandon du traitement, l'évaluation du risque préalable au traitement et l'évaluation du risque postérieure au traitement.

2. La relation entre les caractéristiques des délinquants avant le traitement, leur réaction au traitement, les facteurs d'évaluation du risque, les recommandations en matière de gestion de cas du Service correctionnel du Canada (SCC) et les décisions de la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC).

3. Les caractéristiques distinguant les délinquants sexuels incarcérés à l'établissement de Warkworth qui participent au traitement de ceux qui n'y participent pas.

4. Les décisions en matière de gestion de cas et les décisions de la CNLC à l'égard des délinquants sexuels incarcérés à l'établissement de Warkworth qui participent au traitement comparées aux décisions prises à l'égard de ceux qui n'y participent pas.

5. Les caractéristiques distinguant les délinquants sexuels qui achèvent le programme de traitement de la CCSW de ceux qui l'abandonnent.

6. Les caractéristiques distinguant les délinquants participant au programme de la CCSW qui obtiennent leur mise en liberté sous condition de ceux qui ne l'obtiennent pas.

7. Les caractéristiques des délinquants participant au programme de la CCSW qui mènent à terme leur période de liberté sous condition, c'est-à-dire pour lesquels on n'enregistre ni rechute ni récidive, par rapport à ceux qui échouent.

8. Les caractéristiques des délinquants participant au programme de la CCSW qui récidivent après leur mise en liberté comparées à celles des délinquants qui ne récidivent pas.

Des comparaisons entre les catégories de délinquants **(violeurs, meurtriers sexuels, auteurs d'inceste** et **agresseurs d'enfants ayant commis des agressions sexuelles extrafamiliales)** ont révélé qu'il n'y avait pas de différences entre les divers types de délinquants quant au niveau de scolarité ou au statut socio-économique, estimés d'après la profession la plus représentative inscrite dans les antécédents de travail (Blishen, Carroll et Moore, 1987). Les violeurs et les meurtriers sexuels étaient sensiblement plus jeunes que les deux groupes d'agresseurs d'enfants, et ces derniers étaient plus susceptibles d'avoir été mariés que les violeurs. En ce qui concerne les antécédents criminels, les violeurs comptaient plus d'infractions criminelles antérieures, tant avec que sans violence, tandis que les auteurs d'inceste comptaient le nombre le plus faible d'infractions criminelles antérieures. Autre fait à retenir, les violeurs étaient beaucoup plus susceptibles que les autres catégories de délinquants d'avoir déjà commis une infraction avec violence.

Dans l'ensemble, les tests psychologiques n'ont pas produit des données très utiles. La plupart, même ceux dont le contenu était apparemment axé sur une catégorie précise de délinquants, comme l'Échelle d'acceptation du mythe du viol employée pour les violeurs, ne

permettaient pas de faire une distinction entre les catégories de délinquants, et peu de scores changeaient au cours du traitement. En outre, les scores obtenus aux tests psychologiques n'étaient pas de bons prédicteurs des principales variables des résultats. De tous les tests, l'Inventaire sexuel multiphasique (Multiphasic Sexual Inventory - MSI : Nichols et Molinder, 1984) s'est révélé le plus utile comme moyen d'évaluer le déni et la minimisation; les scores obtenus aux sous-échelles du MSI changeaient à la suite d'un traitement axé sur le déni et la minimisation.

Les résultats des tests phallométriques ont révélé l'existence de différences considérables et significatives entre les groupes : les deux groupes d'agresseurs d'enfants avaient des indices de déviance plus élevés que les violeurs ou les meurtriers sexuels. Les indices moyens des groupes ont révélé que les auteurs d'inceste et les agresseurs d'enfants ayant commis des agressions sexuelles extrafamiliales manifestaient une préférence sexuelle pour les enfants par rapport aux adultes; toutefois, il y avait beaucoup d'hétérogénéité au sein des groupes (voir Barbaree, Bogaert et Seto, 1995; Barbaree et Seto, sous presse). Dans cette analyse, les résultats des tests phallométriques ne permettaient pas de prévoir les principales variables des résultats.

À l'aide d'analyses factorielles grossières, nous avons ramené le nombre considérable de variables quantitatives incluses dans la base de données (plus de 300) à un nombre plus raisonnable et maniable. Ces analyses ont permis de ramener le nombre de variables historiques liées à la scolarité, à la profession, aux relations, aux antécédents familiaux, au comportement antisocial à l'adolescence et au comportement antisocial à l'âge adulte à 10 **facteurs historiques** : *problèmes de comportement dans l'enfance, instabilité de l'emploi, traitement antérieur, qualité de la vie antérieure, séparation de la famille d'origine, promiscuité sexuelle, problèmes d'alcool, gravité de l'infraction répertoriée, antécédents de comportement antisocial*

et antécédents criminels. Le comportement au cours du traitement a été coté par rapport à un certain nombre de dimensions et soumis également à une analyse factorielle, ce qui a abouti à trois **facteurs liés au processus de traitement** : *comportement au cours du traitement, changement lié au traitement* et *impression clinique*. Les tests psychologiques administrés pour l'évaluation préalable au traitement ont également été soumis à une analyse factorielle, ce qui a produit trois **facteurs liés aux tests** : *hostilité manifeste, hostilité cachée* et *fonctionnement social*. La plupart de ces facteurs répondaient à trois ou quatre questions. Par exemple, les *problèmes de comportement dans l'enfance* correspondaient à la variance courante pour le jeu de questions suivant : avoir triché à l'école (oui/non), avoir volé à l'école (oui/non), nombre total de problèmes de comportement d'après une liste de critères servant à établir un diagnostic psychiatrique de troubles du comportement, et avoir bu ou avoir consommé des drogues à l'école (oui/non).

Sur les 250 sujets, 193 (77,2 %) ont achevé le programme de traitement. Il n'y avait pas de relation entre le taux d'achèvement et la catégorie de délinquant ou la perpétration par le délinquant d'une infraction sexuelle antérieure. Aucun des facteurs historiques n'est apparu comme un prédicteur significatif de l'achèvement du traitement. Les scores obtenus aux tests psychologiques ne permettaient pas non plus de prévoir l'achèvement du traitement, à l'exception de la sous-échelle de l'Inventaire sexuel multiphasique servant à mesurer les attitudes au cours du traitement. En effet, les hommes qui manifestaient une attitude plus positive à l'égard du traitement et qui s'attendaient à retirer davantage de celui-ci étaient plus susceptibles d'achever le programme.

Une analyse des cotes globales de risque préalable au traitement a révélé des différences entre les catégories de délinquants quant aux scores initiaux pour le risque; les auteurs d'inceste présentaient un risque initial sensiblement plus bas que les autres catégories de délinquants. Deux facteurs sont apparus comme des prédicteurs importants, pour toutes les catégories

confondues, puisqu'ils expliquaient 23,5 % de la variance quant au niveau de risque préalable au traitement : *les antécédents de comportement antisocial* et *les antécédents criminels*. L'ajout des scores obtenus pour la stimulation sexuelle déviante n'augmentait pas l'efficacité prédictive. Les sujets présentant un risque plus grand avaient des antécédents criminels et de comportement antisocial plus étoffés. La sous-échelle de la justification de l'Inventaire sexuel multiphasique était aussi un prédicteur important, mais le nouvel ensemble de trois prédicteurs expliquait un peu moins la variance (17,0 %) dans le sous-ensemble de sujets ayant répondu à l'Inventaire sexuel multiphasique. Les facteurs liés aux tests psychologiques ne permettaient pas de prévoir le niveau de risque initial.

Contrairement à ce qu'on constatait pour les évaluations du risque initial, il n'y avait pas de différences significatives entre les catégories de délinquants quant aux scores globaux obtenus pour le risque postérieur au traitement. Les scores moyens de risque des auteurs d'inceste n'avaient pas changé, tandis que les scores moyens des autres catégories de délinquants avaient baissé légèrement. Une analyse de régression multiple a ensuite été effectuée pour cerner les prédicteurs du score de risque postérieur au traitement. Le score de risque initial a été entré en premier pour déterminer si les facteurs historiques et liés au traitement apportaient quelque chose de plus à la prévision du risque postérieur au traitement. L'équation de régression s'est révélée très significative, expliquant 68,1 % de la variance quant au score pour le risque postérieur au traitement. Les prédicteurs significatifs étaient le score de risque initial, *le comportement au cours du traitement, le changement lié au traitement* et *l'impression clinique*. Il y avait une relation entre, d'une part, un risque postérieur au traitement plus élevé et, d'autre part, un niveau de risque initial plus élevé, un moins bon comportement au cours du traitement, des progrès moins marqués durant celui-ci et une moins bonne impression clinique générale. Autrement dit, le risque postérieur au traitement pouvait s'expliquer par une composante statique considérable (correspondant au score de risque initial) et des facteurs dynamiques liés au traitement (les facteurs liés au processus de traitement). Une deuxième équation de régression a révélé que la sous-échelle du viol de l'Inventaire sexuel multiphasique constituait un prédicteur secondaire

mais significatif. Une troisième analyse de régression a permis de constater que les facteurs liés aux tests psychologiques ne permettaient pas de prévoir le niveau de risque après le traitement. Le *changement lié au traitement* et *l'impression clinique* permettaient de prévoir de façon significative, ce qui n'a rien d'étonnant, la variation dans le score du risque (c.-à-d., le niveau de risque préalable au traitement moins le niveau de risque postérieur au traitement).

Dans leurs rapports destinés aux gestionnaires de cas de l'établissement et à la Commission nationale des libérations conditionnelles, les intervenants de la CCSW ont formulé des recommandations précises au sujet des mesures à prendre à l'égard de chaque délinquant après son traitement. Ces recommandations, constituant l'Indice du niveau de gestion, étaient basées sur le score de risque postérieur au traitement de l'individu ainsi que sur les diverses solutions possibles en ce qui concerne la gestion du cas (par ex., mise en liberté graduelle dans un centre résidentiel communautaire appuyée par la gestion de cas). Il n'y avait pas de différences entre les catégories de délinquants quant au niveau de gestion recommandé. L'équation de régression incluait trois prédicteurs significatifs servant à expliquer 51,4 % de la variance quant au niveau de gestion recommandé : le risque postérieur au traitement, *le traitement antérieur* et *l'impression clinique*. Autrement dit, une recommandation plus restrictive était liée à un niveau de risque postérieur au traitement supérieur, au fait d'avoir déjà participé à un traitement et à une moins bonne impression clinique générale.

Un dépouillement des dossiers de la Commission nationale des libérations conditionnelles a permis d'obtenir des données sur 215 des 250 délinquants. Parmi ces 215 délinquants, 198 (92,1 %) étaient admissibles à la mise en liberté sous condition : un est mort durant son incarcération, 12 purgeaient des peines à perpétuité et n'étaient pas encore admissibles à la libération conditionnelle, tandis que quatre avaient été déclarés délinquants dangereux. Des 198 délinquants admissibles, 132 (66,7 %) ont été mis en liberté sous condition; trois avaient dépassé la date d'admissibilité à la libération conditionnelle, mais n'avaient pas encore atteint la date de libération d'office, tandis que 63 ont été maintenus en incarcération après la date de libération d'office. Il n'y avait pas de différences entre les catégories de

délinquants quant à la proportion de ceux qui ont été maintenus en incarcération. Un seul meurtrier sexuel a été mis en liberté à la date de libération d'office. Il existait une relation significative entre le maintien en incarcération, le statut du détenu en tant que délinquant sexuel primaire et l'achèvement par le délinquant du programme de traitement de la CCSW.

Une analyse factorielle discriminante pas à pas a été effectuée dans le but de cerner les prédicteurs du maintien en incarcération (c.-à-d., le refus de la semi-liberté, de la libération conditionnelle totale ou de la libération à la date de libération d'office). Il y avait 148 cas valables, dont 48 (32,4 %) ont abouti au maintien en incarcération. Nous avons entré dans la première case le niveau de risque postérieur au traitement et le niveau de gestion recommandé. Dans la deuxième case, nous avons entré pas à pas les facteurs liés au processus de traitement. Cette opération a permis de cerner deux prédicteurs significatifs du maintien en incarcération : le niveau de risque postérieur au traitement et le niveau de gestion recommandé. Autrement dit, les délinquants qui présentaient un risque de récidive supérieur après leur traitement à la CCSW et pour lesquels on avait recommandé des niveaux de gestion plus restrictifs étaient plus susceptibles d'être maintenus en incarcération. Nous n'avons pas constaté de relation significative entre les sous-échelles de l'Inventaire sexuel multiphasique et les facteurs liés aux tests psychologiques.

Parmi les 132 sujets qui ont obtenu leur mise en liberté sous condition, 42 (31,8 %) ont échoué pour l'une des raisons suivantes : rechute n'entraînant pas de prise de mesures officielles, suspension de la liberté pour manquement à une condition liée au plan de prévention des rechutes ou révocation de la liberté sous condition. Les violeurs étaient plus susceptibles que les agresseurs d'enfants d'échouer après leur mise en liberté sous condition, les proportions étant respectivement de 40,7 % et 25,0 %, mais cette tendance n'était pas tout à fait statistiquement significative. Ces taux d'échec étaient fort semblables à ceux qu'on a constatés dans un échantillon de 145 délinquants sexuels ayant obtenu récemment leur libération conditionnelle et suivis pendant une période moyenne d'un an, qui ont été recensés au moyen de l'enquête nationale sur les délinquants sexuels : les pourcentages étaient de 42,3 % pour les violeurs et de

22,5 % pour les agresseurs d'enfants (voir Motiuk et Brown, 1993). On notera que les taux d'échec officiels pour l'échantillon de la CCSW étaient légèrement plus bas que les pourcentages dont nous faisons état : en effet, nous avons également tenu compte des rechutes qui n'ont pas abouti à la prise de mesures officielles.

L'intervalle moyen d'exposition au risque d'échec après la mise en liberté sous condition était d'environ 43 mois, la gamme allant d'une semaine à 5,2 ans. Une analyse de survie a révélé que 29,1 % des violeurs et 14,4 % des agresseurs d'enfants avaient échoué après un an de suivi. Après deux ans, les proportions étaient respectivement de 47,7 % et de 28,2 % et, après trois ans, elles étaient de 62,9 % et 43,0 %. Ces résultats révèlent que le taux d'échec des violeurs était environ le double de celui des agresseurs d'enfants, l'écart entre les taux d'échec diminuant toutefois dans la troisième année de suivi. Ces résultats doivent être considérés comme provisoires, étant donné que très peu de délinquants inclus dans l'échantillon risquaient un échec de leur liberté sous condition pendant une période de trois ans et que plus de la moitié des cas étaient laissés de côté au moment de l'analyse, c'est-à-dire que, puisque la date d'expiration du mandat n'avait pas été atteinte, les délinquants étaient encore exposés au risque. L'analyse discriminante pas à pas que nous avons effectuée pour cerner les prédicteurs de l'échec de la liberté sous condition a révélé que ceux-ci étaient des *antécédents de comportement antisocial* et *le comportement durant le traitement.* Autrement dit, les sujets très antisociaux qui s'étaient mal comportés durant le traitement étaient plus susceptibles d'échouer.

Au moment de la présente analyse des données, 218 délinquants avaient obtenu leur mise en liberté. Comme nous l'avons déjà signalé. 132 ont obtenu une mise en liberté sous condition tandis que les autres ont été élargis après l'expiration de leur peine. Un homme est mort après sa mise en liberté et 15 autres ont été expulsés du Canada, de sorte que le groupe de suivi comprenait 202 personnes. Nous avons jusqu'à maintenant recensé 13 individus qui ont commis une nouvelle infraction sexuelle et quatre autres qui ont commis une nouvelle infraction de violence, mais non pas une nouvelle infraction sexuelle. En tout, 36 individus ont commis une nouvelle infraction, toutes catégories confondues. En tout, 17 délinquants qui ont participé au

programme de traitement de la CCSW ont commis une infraction grave après leur mise en liberté (c.-à-d., une nouvelle infraction sexuelle ou de violence), ce qui signifie que le taux de récidive grave pour les délinquants traités à la CCSW est de 8,4 % et le taux de récidive sexuelle, de 6,4 % au terme d'une période de suivi moyenne d'environ 2,5 ans. Ces taux se comparent favorablement aux taux de récidive enregistrés par rapport à d'autres grands programmes de traitement (voir Marshall, Jones, Ward, Johnston et Barbaree, 1991; Hall, 1995). Les taux étaient toutefois trop faibles pour se prêter à des analyses factorielles discriminantes ou des analyses de régression logistique. Les taux de base seront sans doute plus élevés et se prêteront davantage à une analyse au fur et à mesure que s'allonge la période de suivi.

Nous disposions de données de la Commission nationale des libérations conditionnelles sur un groupe témoin formé de 74 délinquants qui avaient été invités à suivre le traitement à la CCSW, mais qui avaient refusé. Parmi ces délinquants, 65 étaient en liberté; 26 avaient été mis en liberté à la date d'expiration de leur peine, tandis que 39 étaient en liberté conditionnelle. D'après la tendance statistique que nous avons constatée, les délinquants qui avaient refusé le traitement étaient moins susceptibles que ceux qui y avaient participé d'obtenir une mise en liberté sous condition. Un peu plus de la moitié de ces délinquants étaient des violeurs (52,2 %), proportion qui n'était pas différente de celle constatée parmi l'échantillon de 250 délinquants accueillis à la CCSW.

En ce qui concerne leurs antécédents, les délinquants qui avaient refusé le traitement ne différaient pas des autres quant à la probabilité d'avoir été victimes de violence psychologique, physique ou sexuelle. Il n'y avait pas non plus de différence quant à la proportion de ceux dont le père ou la mère avait des problèmes d'alcool ou de santé mentale, ou encore des antécédents criminels. Toutefois, ceux qui avaient refusé le traitement avaient une cote globale plus élevée pour ce qui est de la qualité du milieu familial dans lequel ils avaient grandi. Ils étaient aussi presque deux fois plus susceptibles que ceux qui avaient accepté le traitement d'avoir eu des problèmes d'alcool ou de drogue à l'adolescence. Ces différences persistaient, quoique à un

moindre degré, à l'âge adulte pour ce qui est des problèmes d'alcool, mais non en ce qui concerne les problèmes de drogue.

Nous avons également constaté une différence importante entre les délinquants qui ont participé au traitement et ceux qui l'ont refusé quant à la proportion de ceux qui avaient déjà suivi un traitement pour des problèmes mentaux. En effet, les seconds étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir déjà participé à des séances de traitement. Toutefois, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes quant à la proportion des sujets qui avaient déjà reçu un traitement à l'intention des délinquants sexuels. La probabilité d'un diagnostic de personnalité antisociale était beaucoup plus grande pour les délinquants ayant refusé le traitement que pour les autres (21,2 % contre 7,2 %). Il n'y avait pas de différence entre les groupes quant au nombre d'infractions sexuelles ou de violence antérieures figurant dans le casier judiciaire. Les délinquants ayant reçu le traitement étaient sensiblement plus âgés (20,7 ans contre 16,1 ans) au moment de la perpétration de leur premier crime, mais il n'y avait pas de différence entre les deux groupes quant à l'âge auquel avait été commise la première infraction sexuelle. Les délinquants ayant refusé le traitement ne se distinguaient pas non plus des autres quant à la probabilité d'avoir utilisé ou menacé d'utiliser une arme au moment de commettre l'infraction répertoriée, mais ils avaient utilisé plus de force et leur recours à la force tendait à traduire un comportement plus instrumental.

Quinze des 39 délinquants ayant refusé le traitement (38,5 %) qui ont obtenu la liberté sous condition ont échoué pour une des raisons suivantes : rechute n'entraînant pas la prise de mesures officielles, suspension pour manquement à une condition liée au plan de prévention des rechutes ou révocation de la libération conditionnelle. Cette proportion était semblable au taux d'échec observé parmi les délinquants traités. Toutefois, la période moyenne de suivi pour les délinquants ayant refusé le traitement était d'une trentaine de mois, allant de quatre mois à 3,3 ans, soit une période un peu moins longue que celle employée pour l'échantillon de délinquants traités. Les délinquants ayant refusé le traitement auraient peut-être un taux d'échec plus élevé que les délinquants traités après une période de suivi équivalente. Nous avons tracé les courbes

de survie pour comparer les taux d'échec des délinquants traités à la CCSW et ceux des délinquants qui avaient refusé le traitement. Ces courbes étaient intéressantes puisqu'elles révélaient que les délinquants ayant refusé le traitement échouaient à un taux constamment plus élevé que les délinquants traités. Ainsi, au terme d'une période de suivi d'un an, le taux de survie des délinquants traités à la CCSW était de 77,8 %, contre 61,1 % pour les délinquants ayant refusé le traitement; au terme de deux ans, les taux de survie étaient respectivement de 60,0 % et 40,1 %.

Il y a lieu de souligner deux résultats. Premièrement, il existait des relations notables entre les décisions prises aux différentes étapes de la participation des délinquants au programme de la CCSW et les décisions de gestion de cas, ce qui révèle que l'information relative aux délinquants était utilisée de façon systémique. Les scores de risque initial étaient basés sur des facteurs historiques (c.-à-d., statiques) correspondant aux données recueillies au moyen d'une étude des dossiers et d'une interview clinique. Les scores de risque postérieur au traitement étaient modérés dans la mesure où ils étaient fortement influencés par ces scores de risque initial; néanmoins, les facteurs liés au processus de traitement ont effectivement exercé une influence, ce qui montre qu'on a tenu compte, pour prendre une décision, du rendement du délinquant au cours du traitement. De même, les recommandations au sujet du niveau de gestion faisaient entrer en ligne de compte le score de risque postérieur au traitement et l'impression clinique générale, et les décisions de la Commission nationale des libérations conditionnelles étaient liées à ces recommandations.

Deuxièmement, le rôle relativement important des facteurs liés au processus de traitement dans la prévision des divers résultats semble indiquer l'intérêt qu'il y aurait à examiner la réceptivité au traitement (voir Stewart et Millson, 1995). Se basant sur une analyse de 2 400 évaluations de délinquants effectuées dans la région de l'Ontario, Stewart et Millson ont constaté que les délinquants considérés comme présentant un risque élevé de récidive étaient aussi jugés moins motivés que les délinquants présentant un risque plus faible; comme on

pouvait s'y attendre, les délinquants présentant un risque plus faible qui ont bien réussi leur traitement étaient les moins susceptibles d'échouer après leur mise en liberté sous condition.

Le présent rapport décrit les résultats préliminaires d'un programme de recherche mené à la CCSW en vue d'évaluer une méthode d'évaluation du risque ainsi que le programme de traitement offert à la CCSW. L'analyse révèle que l'évaluation du risque effectuée à la CCSW est prédictive des décisions prises par la Commission nationale des libérations conditionnelles ainsi que de l'échec après la mise en liberté sous condition. Bien que non concluante, cette évaluation préliminaire du programme de traitement semble néanmoins indiquer que celui-ci pourrait contribuer à réduire le taux d'échec des détenus libérés sous condition et le taux de récidive des délinquants sexuels traités.

Bibliographie

Barbaree, H. E., Bogaert, A. F. et Seto, M. C. Sexual reorientation therapy: Practices and controversies, dans Diamant, L. et McAnulty, R.D. (dir.), *The psychology of sexual orientation, behavior, and identity: A handbook,* Westport, CT, Greenwood, 1995, p. 357-383.

Barbaree, H. E. et Seto, M. C. Pedophilia: Assessment and treatment, dans Laws, D. R. et O'Donohue, W. T. (dir.), *Handbook of sexual deviance: Theory and application*, New York, Guilford, sous presse.

Blishen, B. R., Carroll, W. K. et Moore, C. The 1981 socioeconomic index for occupations in Canada, *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie, 24*, 1987, p. 465-488.

Hall, G. C. N. Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1995, p. 802-809.

Hare, R. D. *Manual for the revised Psychopathy Checklist*, Toronto, Multi-Health Systems, 1991.

Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. et Barbaree, H. E. Treatment outcome with sex offenders, *Clinical Psychology Review, 11*, 1991, p. 465-485.

Motiuk, L. L. et Brown, S. L. *Temps de survie des délinquants sexuels jusqu'à la suspension de leur libération conditionnelle,* Rapport 31, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1993.

Nichols, H. R. et Molinder, I. *Multiphasic Sex Inventory* (disponible auprès des auteurs au 437 Bowles Drive, Tacoma, WA, 98466), 1984.

Stewart, L. et Millson, W. A. La motivation des délinquants à l'égard du traitement comme facteur de réceptivité, *Forum - Recherche sur l'actualité correctionnelle,* vol. 7, n° 3, 1995, p. 5-7.